

Soziale Netzwerke im Gesundheitswesen

Hass, Wolfgang

Veröffentlichungsversion / Published Version

Zeitschriftenartikel / journal article

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:

GESIS - Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Hass, W. (1997). Soziale Netzwerke im Gesundheitswesen. *Sozialwissenschaften und Berufspraxis*, 20(3), 229-254.
<https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-36675>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.



Soziale Netzwerke im Gesundheitswesen

Wolfgang Hass

Einleitung

Soziale Netzwerke erfreuen sich seit den 70er Jahren eines gewachsenen Interesses in den gesundheitswissenschaftlichen Disziplinen Medizinsoziologie, Sozialmedizin, der modernen Sozialepidemiologie, der Selbsthilfeforschung, der Hilfe(such)- und Helferforschung und auch der psychologischen Forschung, wie an einem inflationären Gebrauch dieses Terminus' nicht nur im wissenschaftlichen Bereich - hier ist auch ein exponentieller Anstieg der Veröffentlichungen zu diesem Thema erfolgt-, sondern auch im sozialpolitischen Bereich abzulesen ist. Für diese Entwicklung lassen sich unterschiedliche Gründe angeben:

- 1) Soziale Netzwerke erscheinen als Metapher gesellschaftlichen Umbruchs: Die Abnahme des normativen Einflusses durch vorgefundene Sozialbeziehungen und damit korrespondierende Individualisierungstendenzen bieten einerseits Freiräume für die Gestaltbarkeit von Sozialbeziehungen, erfordern andererseits aber auch ein höheres Maß an Eigenleistungen des Individuums. Nunmehr weniger selbstverständlich verfügbare und ihres Verpflichtungscharakters teilweise beraubte Beziehungen müssen verstärkt hergestellt, aufrechterhalten und im Bedarfsfall auch aktiviert werden, womit das Individuum zum "Netzwerkmanager" wird (Keupp 1987);
- 2) eine Wiedererentdeckung informeller Stützsysteme (Selbst- und Laienhilfe) in der Sozialpolitik, von denen sich die Politik Entlastungen des Wohlfahrtsstaates verspricht;

- 3) eine gewachsene Kritik an der 'Dominanz der Experten' und der Bürokratisierung des Gesundheitssystems, zu der lokale soziale Netzwerke ein Gegengewicht bilden können;
- 4) im wissenschaftlichen Bereich erhoffte man sich, durch die Fokussierung auf die vielfältigen Verbindungen zwischen Akteuren, über die Grenzen herkömmlicher Analysen von 'dekontextualisierten' Individuen, Kategorien resp. Klassifizierungen dieser Individuen (Gruppe, Clique, Schicht etc.) sowie Institutionen und Normen, die nur als das architektonische Grundgerüst einer Gesellschaft betrachtet wurden, hinauszugelangen bzw. diese zu durchkreuzen¹, um damit fruchtbare Analyse-möglichkeiten für ein realistischeres Abbild sozialer Beziehungsgeflechte eröffnen zu können (Hall & Wellman 1985, Laireiter 1993).

Der Artikel beschäftigt sich mit Verwendungsmöglichkeiten des Netzwerkkonzeptes im Gesundheitswesen, wozu zunächst eine Abgrenzung vom sozialen Unterstützungskonzept erfolgt, das eng mit dem Netzwerkkonzept verwoben ist. Außerdem wird kurz der Forschungsstand skizziert. Den Eigenschaften sozialer Netzwerke, als soziale Ressourcen quasi vermittelnd zwischen den persönlichen (Persönlichkeitsmerkmale, Fähigkeiten) und den institutionellen (Einrichtungen des Gesundheitsversorgungssystems) Ressourcen zu stehen (vergl. Badura 1981), ist der zweite Abschnitt gewidmet. Im dritten geht es um Netzwerkkinterventionen, und abschließend werden einige Beispiele der Vernetzung im Gesundheitswesen skizziert.

1 Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung

Lange Zeit wurde der Netzwerkbegriff - auch durch die Forschung selbst bedingt, z. B. die Sozialepidemiologie - mit dem Unterstützungsbegriff als 'soziale Ressourcen' (als in Netzwerken aktivierbares Potential verschiedener Arten von Hilfsangeboten) unkritisch vermischt und ist erst aufgrund der wiederholten Forderung nach einer exakteren theoretischen Formulierung und empirischen Differenzierung der Begriffe aus dessen Schatten herausgetreten.

¹ So schien die Basis der metaphorischen wie auch analytischen Verwendung des Netzwerkbegriffes nach Barnes (1972: 2) zunächst nur in einem eher unspezifischen Interesse an einer kausalen Verbundenheit von kreuzenden ("cross cutting") interpersonalen Beziehungen mit den Handlungsweisen von Personen und den sozialen Institutionen ihrer Gesellschaft begründet zu sein.

Ein Netzwerk läßt sich in Anlehnung an die wohl bekannteste Definition von Mitchell (1969) als ein unter einem spezifischen Erkenntnisinteresse vorgenommener Ausschnitt der Beziehungen eines Individuums zu anderen Personen unter Einbeziehung der Beziehungen dieser Personen untereinander auffassen. Die hiermit erfolgte Begrenzung des Begriffes auf die "egozentrierte" Variante von Netzwerken (Pappi 1987) entspricht deren überwiegender Verbreitung bei der Analyse von Netzwerken in der gesundheitsbezogenen Sozialforschung. Persönliche Netzwerke werden hier anhand einer oder mehrerer Stimulusfragen, sogenannter Generatoren (z. B. Burt 1984), erhoben, mit denen inhaltlich-funktionale (Unterstützungsleistungen) und interaktionale (Kontakthäufigkeit, -dauer, etc.) Merkmale bestimmt werden können.² Das Netzwerkkonzept heutiger Prägung ist ein interdisziplinärer Ansatz, der seine Wurzeln in mehreren zum Teil konvergierenden theoretischen Strömungen hat (deren jeweiliger Einfluß von Forscher zu Forscher unterschiedlich bewertet wird - siehe z. B. Scott 1991)³ und kann am ehesten als Perspektive oder Methode aufgefaßt werden.⁴

Das Konzept der sozialen Unterstützung entwickelte sich erst in der Sozialepidemiologie der 50er Jahre aus der Erkenntnis, daß Krankheitsentstehung auch durch soziale Variablen mitbedingt ist. In der Forschungsliteratur wird soziale Unterstützung in erster Linie als funktionaler Beziehungsinhalt beschrieben, wobei man sich im wesentlichen

² Indem diese zur Erklärung individueller Verhaltensweisen herangezogen werden, erweist sich das Netzwerkkonzept als ein Mehrebenen-Ansatz.

³ Der Netzwerk-Ansatz erlebte erst in den 50er Jahren in einer Situation der Unzufriedenheit mit sowohl individualistischen Ansätzen Parsonscher Prägung als auch mit dem als zu starr empfundenen kategorialen Apparat des Strukturfunktionalismus' seinen Durchbruch, wenn auch völlig unterschiedliche Auffassungen und Zielrichtungen damit verbunden waren. Den einen erschien er als Überwindungsmöglichkeit einer rein individualistischen Sichtweise "jenseits von primären Gruppen ... und diesseits eines abstrakten Schichtbegriffes" (Röhrle & Stark 1985), Konzepte also, die als weitgehend ausgereizt galten, anderen als Brücke zwischen normativen Strukturalisten und Interaktionalisten oder als eine vielversprechende Möglichkeit "bridging the conceptual gap between micro and macro" (Alba & Kadushin 1976 - zitiert nach Rogers & Kincaid 1981: 95). Während sich die theoretischen Wurzeln des Netzwerkkonzeptes bis zu Georg Simmel (1908) oder Leopold von Wiese (1933) zurückverfolgen lassen, gilt als erste von einer theoretischen Perspektive aus betrachtete ernsthafte Applikation des Netzwerk-Ansatzes die sozialanthropologisch orientierte europäische Tradition im Gefolge von Radcliffe-Brown (1952). Die methodische Entwicklung der Netzwerkanalyse begann in den USA der 30'er Jahre (bspw. Jacob Moreno 1934) und wurde dort in ihrer strukturalistischen Variante maßgeblich von Harrison C. White zu einem analytischen Instrument weiterentwickelt, während die egozentrierte Variante im wesentlichen von Forschern des europäischen Raumes (Barnes 1954, Bott 1957, Kapferer 1969, Mitchell 1969, Boissevain 1974, u. a.) verweist.

⁴ Inwieweit der Netzwerkansatz auch theoretische Implikationen aufweist, ist umstritten (Keul 1993, Wellman 1985).

an dem bereits zusammenfassenden Kleeblatt-Vorschlag von James House (1981) orientiert, der anhand einer Literaturanalyse emotionale, instrumentelle, wertschätzende und informatorische Unterstützung unterschieden hatte. Im Gegensatz zum Netzwerk-konzept ist das der sozialen Unterstützung allerdings sehr heterogen und besteht aus verschiedenen Einzelkomponenten, die für unterschiedliche und voneinander weitgehend unabhängige theoretische Konstrukte mit entsprechenden Taxonomien stehen (Antonucci & Knipscheer 1990, Heller & Swindle 1983, Tardy 1985).

Diese Differenzierung hat einige wichtige Erkenntnisse und Fortschritte bei der Analyse gesundheitsbezogener Aspekte sozialer Unterstützung erbracht (vgl. bspw. House, Umberson u. Landis 1988).

- 1) Soziale Unterstützung läßt sich, wie Wellman (1981) in seinem programmatischen Aufsatz dargelegt hat, am besten im Rahmen von Netzwerkanalysen untersuchen: Der Netzwerkansatz ist dabei als Perspektive oder Methode das Subjekt, soziale Unterstützung das Objekt der Untersuchung. Dies bedeutet, daß Unterstützungsnetzwerke nicht mehr durch Sozialkategorien wie Familie, Verwandter, Freund, etc. bestimmt werden, sondern durch funktionale und interaktionale Netzwerkmerkmale. So sprechen Völker et al. (1992) bspw. von einem Kernnetzwerk "starker Bindungen, [das] multifaktoriell⁵ als das Freundschafts- und Hilfsnetzwerk bezeichnet werden kann". Damit wird die tatsächliche Involvierung dieser Kategorien erst überprüfbar, was zu einer Abkehr von der bis dahin implizit vertretenen Annahme geführt hat, die Anzahl von Netzwerk-Kontakten sei gleichbedeutend mit der Zahl unterstützender Beziehungen. Entsprechend zeigte sich in mehreren Untersuchungen, daß der Anteil unterstützender Beziehungen in persönlichen Netzwerken begrenzt ist (z. B. Wellman 1979). Dabei ist anzumerken, daß Art und Umfang der Unterstützungsnetzwerke natürlich über die jeweils spezifische Kombination der Namensgeneratoren festgelegt werden (Burt 1984, Fischer 1982).
- 2) Soziale Netzwerke erbringen unterschiedliche Unterstützungsfunktionen häufig arbeitsteilig ("different strokes from different folks" - Litwak & Szelenye 1969, Wellman & Wortley 1990). Während nahe Verwandte am wahrscheinlichsten kontinuierliche instrumentelle Unterstützung leisten und sich in Krisen als verlässliche Instanz bewährt haben, scheinen Freunde und Bekannte eher für aktuelle kognitive Unterstützung und Informationen zuständig zu sein, sind aber auch Vertrauenspersonen für persönliche Gespräche (Korte 1984, McFarlane 1984, Pearlin 1985, Walker et al. 1977, Wegener 1987).⁶

⁵ Eine Person ist Träger mehrerer Rollen ('Multiplexität') resp. nimmt mehrere Funktionen wahr ('multistrandedness' - Verbrugge 1979).

⁶ Wird Unterstützung als wahrgenommene Unterstützung operationalisiert, sind geschlechtsspezifische Unterschiede zu beobachten: So scheinen Männer in höherem Ausmaß emotionale Zuneigung, Bestätigung oder instrumentelle Unterstützung wahrzunehmen als

- 3) Netzwerk-Theoretiker haben das Augenmerk auf den sozialen Kontext gerichtet und hervorgehoben, daß ein nicht geringer Anteil der sozialen Umgebung 'structural embedded' ist, sich also aus vorgefundenen, nicht frei wählbaren Beziehungen wie enger Verwandtschaft, Nachbarschaft oder Arbeitsplatz zusammensetzt. Netzwerk-Mitglieder müssen daher auf der Basis von limitierten Ressourcen und Alternativen ausgesucht werden ('constraint choice' - Jackson et al. 1977), was entsprechende Konsequenzen für das Ausmaß verfügbarer Unterstützung hat.⁷
- 4) Dem Begriff 'soziale Unterstützung' ist das Dilemma inhärent, bereits eine positive Konnotation zu besitzen. Daneben bezog sich lange Zeit das vorherrschende Erkenntnisinteresse lediglich auf die fördernden Wirkungen sozialer Netzwerke. Dies hatte die Option für die ebenso erwartbare wie auch reale Alternative und im Grunde überraschend späte Einsicht, daß Beziehungsgeflechte nicht notwendigerweise "nice things" (Wellman 1982: 79) sind, bis dahin verstellt. Entsprechend wurde vorgeschlagen, soziale Unterstützung als einen Spezialfall von sozialer Interaktion zu sehen, der sowohl positive als auch negative Wirkungen hervorrufen kann (Schwarzer 1994). Hier wird deutlich, daß das Netzwerkkonzept gegenüber dem Unterstützungskonzept als das umfassendere angesehen werden kann.
- 5) Der Netzwerkansatz könnte mit einem relationalen Unterstützungsbegriff im Sinne eines 'person-environment fit' die seit den achtziger Jahren in der Unterstützungsforschung dominierende qualitativ-bewertende Perspektive, die im 'Streß-Coping'-Paradigma zur Zeit allgemeine Anerkennung zu erfahren scheint (z. B. Schwarzer & Leppin 1991), sinnvoll ergänzen. So müssen individuelle Bedürfnisse und soziale Unterstützung auch zueinander passen (Cutrona & Russell 1990, Veiel & Baumann 1992), was auf eine stärkere Einbeziehung interaktionaler Merkmale wie bspw. Reziprozität oder der natürlichen Dynamik von Netzwerken und verweist (Sarason et al. 1985, Uehara 1990).

Die wohl umfassendste Beachtung in der wissenschaftlichen und auch gesundheitspolitischen Diskussion haben soziale Netzwerke (implizit im Rahmen der Unterstützungs-

Frauen (Gulick 1994).

⁷ Solche Beschränkungen können vielerlei Art sein, etwa sozialstruktureller Natur oder lebenszyklusabhängig. Bspw. wirkt sich die im Alter aufgrund oft eingeschränkter Gesundheit und Mobilitätseinbußen abnehmende Leistungsfähigkeit, neue Kontakte aufzubauen oder (ehemals) vorhandene zu pflegen, zwangsläufig auf Umfang und Zusammensetzung der informellen Netzwerke aus. Nach den Ergebnissen des Wohlfahrtssurveys (1984) sind in der Altersgruppe der über 60jährigen die Kontaktmöglichkeiten mit Verwandten außerhalb des eigenen Haushalts eher gering. Wenn, dann bestehen Kontakte hauptsächlich zu den erwachsenen Kindern (Diewald 1986).

forschung) hinsichtlich ihrer gesundheitsbezogenen Auswirkungen bei einem breiten Spektrum von Belastungen und Krankheiten erhalten. Hier hat die Forschungsliteratur, u. a. bedingt durch eine Fülle von Studien zu spezifischen Belastungssituationen, mittlerweile einen derartigen Umfang erreicht, daß praktisch alle Unterstützungsaspekte "von der Wiege bis zur Bahre" (Klusmann 1989: 17) untersucht worden sind. Von einer "allgemeinen salutogenen Wirkung sozialer Unterstützung" kann allerdings, wie Röhrle (1994: 95) resumierte, nicht gesprochen werden. So ist bis heute nicht geklärt, wie soziale Unterstützung auf das Individuum wirkt, und entsprechend heterogen sind die Effekte auf das gesundheitliche Wohlbefinden resp. dem Umgang mit Streß. Zudem bestehen enge Zusammenhänge zwischen verschiedenen Formen sozialer Unterstützung, Beziehungsaspekten, Persönlichkeitsmerkmalen (sowohl des Hilfeempfängers als auch des -gewährenden) und der Netzwerkstruktur, was natürlich genauso für die Erforschung belastender Aspekte gilt. Schließlich wird aufgrund weitgehend fehlender Längsschnittstudien auch die Richtung des Zusammenhanges zwischen Sozialennetzwerken und Gesundheit kontrovers diskutiert.

Nach der zuvor skizzierten Differenzierung der beiden Begriffe und einer Durchsicht der Literatur scheinen es somit stärker qualitative Aspekte sozialer Unterstützung (und weniger strukturelle Aspekte sozialer Netzwerke) zu sein, die Auswirkungen auf das gesundheitliche Wohlbefinden haben.

So haben sich bei aller mit dem Netzwerkansatz verbundenen Euphorie bspw. in der Situation der Hilfebedürftigkeit, also in der Pflege, bei chronischen Erkrankungen oder Behinderung, letztlich doch nur die Familien, und hier insbesondere Frauen, als einzig verlässliche Instanz sozialer Unterstützung unverändert bewährt, allerdings ständig an der Grenze der Überforderung (Belle 1982, Brody 1985, Gerhardt & Friedrich 1982, Hegner 1981, Leimkübler 1987). Demgegenüber ist das Hilfpotential im weiteren Freundes- und Bekanntenkreis offenbar begrenzt, und auch Gesundheitsselbsthilfegruppen als "künstliche" Netzwerke können Funktionen der primären sozialen Netzwerke allenfalls vorübergehend übernehmen.

2 Soziale Netzwerke als Vermittlungs- und Beratungsinstanzen

Gegenüber dem Gesundheits- und Krankheitsbereich ist ein genuines Forschungsfeld der Netzwerkforschung, Kommunikation und Hilfesuchen in sozialen Netzwerken, etwas ins Hintertreffen geraten (Rogers & Kincaid 1981, Schenk 1984, 1995).

Mit dem komplexen Zusammenspiel von Einrichtungen des professionellen Gesundheitssystems, der Wohlfahrtsverbände als quasi-staatlicher Einrichtungen sowie den vielfältigen Angeboten des "intermediären Hilfe- und Dienstleistungssystems" (IHDS, Bauer 1990 - zur Systematisierung nicht-professioneller Sozialsysteme siehe bspw. Hegner 1981) ist eine hochgradige, kaum mehr überschaubare, letztlich unintendierte Verflechtung

zwischen den verschiedenen Systemen entstanden (Behrendt 1981). An Hilfesuchende wird daher mittlerweile ein gewisses Maß an Anforderungen gestellt: Vor die schwierige Aufgabe des Sich-Zurechtfindens gestellt, ergeben sich für diese Orientierungs- und Selektionsprobleme. Konkret fehlt es an spezifischen Informationen hinsichtlich adäquater Ärzte, Behandlungsweisen sowie den Kriterien ihrer Identifizierung. Die Informationsflut in den Massenmedien, im Tageskalender lokaler Zeitungen, in Gesundheits- und "Psycho"-Spalten von Illustrierten, in Gesundheitsführern und Ratgeberbroschüren privater Initiativen, Krankenkassen und sogar Banken⁸ wird nur denjenigen Nachfragern nach Gesundheit Vorteile bringen, die die zahlreichen Informationen auch zu nutzen verstehen.

In dieser Situation gewinnen informelle Netzwerke, insbesondere als Träger von 'first hand experiences', entscheidenden Wert. Fragekomplexe wie "Welcher Arzt arbeitet wie gut mit welchen Methoden und wurde wie hilfreich und wie sympathisch empfunden?" eröffnen damit Entscheidungs- und Kalkulationshilfen und effektivieren die Suche nach einem geeigneten Angebot.

Während in der präventiv orientierten medizinsoziologischen und sozialmedizinischen Forschung die Untersuchung von Faktoren der Inanspruchnahme professioneller Dienste bereits eine längere Tradition hat, wurden informelle Netzwerke erst durch eine Reihe angloamerikanischer Studien aus den siebziger Jahren als Zuweisungssysteme an ein breites Spektrum von Einrichtungen des Gesundheitswesens im präventiven, kurativen und rehabilitativen Bereich beschrieben. Netzwerkmitglieder erhielten damit entsprechende Funktionen als "screening and referral agents" (Booth & Babchuk 1972) und erwiesen sich als wichtige Quellen von Information und Beratung bei sowohl medizinischen als auch psychologischen Problemen.⁹

Die Leistung der Netzwerkanalyse lag hier zum einen in der Erforschung der Verbindung primärer sozialer Beziehungen (Familie, Verwandte, Freund, Nachbarn) mit Institutionen des Gesundheitswesens, insbesondere über entfernte Bekannte resp. 'schwache Beziehungen' (flüchtige, eher instrumentelle Kontakte - Granovetter 1973, Wegener 1987) oder sekundäre Netzwerke (Selbsthilfegruppen, Vereine, etc.), zum anderen in der Identifizierung förderlicher oder hinderlicher Strukturen der Netzwerke. Während

⁸ Zum Beispiel die Volks- und Raiffeisenbanken ("Ihr größtes Kapital: Gesundheit", 1994).
⁹ Siehe etwa Birkel und Reppucci 1983, Booth 1972, Brown 1978, Cobwin und Pope 1974, Croog et al. 1972, Eckenrode 1983, Finlayson 1976, Freidson 1960, 1961, 1979, Geertsen et al. 1975, Gourash 1978, Green (1970), Gurin et al. 1960, Hammer 1963, Horwitz 1977a, b, 1978, Kadushin 1966, 1969, Langlie 1977, Lee 1969, Leutz 1976, Lieberman 1979, McKinlay 1972, 1973, Perrucci & Targ 1982, Salloway & Dillon 1973, Sanders 1982, Scambler et al. 1981, Suchman 1964, 1965a, Tolsdorf 1976, Twaddle 1969, Veroff et al. 1981, Wilcox & Birkel 1984, Wills 1983 - Literaturverzeichnis beim Autor.

Netzwerke hoher Dichte aufgrund der damit oft einhergehenden sozialen Kontrollfunktion und einem weitgehend redundanten Informationsstand bspw. zur Hinauszögerung der Nutzung professioneller Angebote führten (Salloway & Dillon 1973), konnten Hilfesuchende mit 'offenen' Netzwerken und einem damit korrespondierenden hohen Anteil schwacher Beziehungen frühzeitiger notwendige Hilfe in Anspruch nehmen und aufgrund des größeren verfügbaren Informationspools adäquatere Hilfe finden. Letztere hatten zudem vermehrt Zugang zu informellen Ressourcen und waren besser über das gesundheitliche Versorgungsangebot informiert, was als entscheidende Voraussetzung für dessen effektiven Nutzung gelten kann (z. B. Kadushin 1966, Lee 1969, McKinlay 1973).

Untersuchungen zum Einfluß des Laienenetzwerkes auf Hilfesuchprozesse sind jedoch traditionell einer medizinischen Perspektive verpflichtet, in der Laiennetzwerke vorwiegend als Wegweiser in das professionelle System aufgefaßt werden (Freidson 1960, Lee 1969 Sanders 1982, Suchman 1965). Danach sind Professionelle das letzte Glied in einer Kette von Hilfesuchaktivitäten, das dann erreicht wird, wenn die vorherigen Instanzen erschöpft sind. Hilfesuchen erscheint damit als ein hierarchischer Prozeß, in dem man in einer quasi zentrifugalen Bewegung aus den Primärumwelten heraus zu immer weiter 'entfernten' Personen und schließlich an Professionelle gelangt, wobei die Verweildauer im Laiensystem als Unsicherheitsfaktor gesehen wird (Freidson 1979).

Dabei hatte Freidson (1960) schon darauf hingewiesen, daß die Konsultation eines Professionellen im Anschluß i.d.R. im Laiensystem "abgeglichen" wird. Entsprechend haben neuere Studien (Pescosolido 1992) eine fortwährende oder zumindest zeitweise Parallelität der Informationssuche im Professionellen- und Laienratgebersystem postuliert: Die Inanspruchnahme von Professionellen ist mithin fortwährend "sozial organisiert", d. h. in einem begleitenden Prozeß der Ratsuche im informellen Netzwerk werden Ratschläge von Professionellen auf ihre Sinnhaftigkeit, Realisierbarkeit etc. überprüft. Vermittlungs- und Beratungsfunktionen werden daher von einem heterogenen Satz von Akteuren erfüllt, und Ratsuchprozesse müssen als jeweils spezifische Konfigurationen von Beratern und Behandlern eines gewissermaßen arbeitsteiligen, aus Professionellen und Laien bestehenden Überweisungssystems beschrieben werden (Freidson 1975).

Vorliegende Studien haben zwar einen prozeßhaften Verlauf des Ratsuchens hervorgehoben, jedoch nur bezogen auf jeweils konkrete Inanspruchnahmen. Ratsuchmuster und -strategien, wie sie für die Situation chronisch Kranker als kontinuierlich und über längere Zeiträume hinweg Hilfe nachfragende Menschen, die mehr oder weniger regelmäßig mit dem kurativen und rehabilitativen medizinischen System in Berührung kommen, interessant werden, sind indes aufgrund des methodischen Aufwandes bisher nicht untersucht worden.

Da soziale Netzwerke somit anscheinend erst die Option bieten, zwischen formeller und informeller Hilfe wählen zu können, stellen sie darüber hinaus auch potentielle Behandlungsinstanzen dar ('lay treatment networks' - Gottlieb 1976). Das Spektrum der von ihnen erbrachten Leistungen umfaßt im wesentlichen Beratungen zu gesundheits-

bezogenen Verhaltensweisen oder Ernährung. Studien zu beiden Funktionsvarianten sozialer Netzwerke haben in jüngerer Zeit zunehmend dispositionale Konstrukte wie Netzwerk- oder Hilfesuchorientierung oder Kompetenzen, auf "richtige" Weise Hilfe zu suchen, berücksichtigt, womit der Neigung resp. der Bereitschaft, überhaupt Hilfe zu suchen (und zu bekommen), Rechnung getragen wird (Barrera & Baca 1990, Brown 1978, Eckenrode 1983, Gottlieb 1983, Keupp 1987, Tolsdorf 1986, Vaux et al. 1986).

3 Soziale Netzwerke als Ansatzpunkte für Interventionen

Sowohl die soziale Unterstützungsforschung als auch die Netzwerkforschung haben Beiträge zur Entwicklung und Durchführung von Netzwerkinterventionen erbracht. So läßt sich innerhalb der 'social support'-Forschung von der dominierenden theoretisch-analytischen Richtung eine interventionssorientierte abgrenzen, die thematisch häufig als Verknüpfung zwischen formellen und informellen Netzwerken diskutiert wurde (z. B. Collins & Pancoast 1976, 1981, Froland et al. 1981, Gottlieb 1983, 1984, Kardorff & Stark 1987). Die Netzwerkanalyse hat ihrerseits eine Fülle von Instrumenten zur Beschreibung sozialer Beziehungen und Netzwerke bereit gestellt (Baumann et al. 1987, Pfingstmann & Baumann 1987), mit denen gesundheitsfördernde oder defizitäre Netzwerke ermittelt werden können.

Als Netzwerkintervention lassen sich Maßnahmen zur Stärkung resp. Mobilisierung vorhandener (natürlicher) oder zum Aufbau neuer (artifiziereller) Unterstützungspotentiale begreifen. Hierbei kann es sich neben den primären auch um sekundäre Netzwerke (Selbsthilfegruppen insbes. für chronisch Kranke, Vereine, etc.) sowie Angehörige gemeindebezogener Einrichtungen (Stadt, Wohlfahrtsverbände, Kirchen, etc.) handeln (Hamburg & Kililea (1979). Konkretes Ziel von Interventionen ist die Optimierung "defizitärer" Netzwerke. Dazu gehören z. B. zu dichte Netzwerke mit einer hohen Kontrollfunktion und einer tendenziellen Abschirmung des Individuums gegenüber der weiteren sozialen Umgebung, die Gefahr akuter Überforderung bestehender Sozialbeziehungen, die Unzufriedenheit mit sozialen Beziehungen (z. B. Einsamkeit) oder deren weitgehendes oder gar völliges Fehlen (soziale Isolation).

Hierzu ist eine Reihe von Programmen entwickelt worden, zumeist im angloamerikanischen Sprachraum und in der Tradition der "Mental Health"-Bewegung bzw. "Community Psychology" stehend. Dabei können unter einer Vielzahl von Einteilungen direkte und indirekte Interventionsprogramme unterschieden werden. Direkte Strategien wenden sich direkt an eine bedürftige Zielgruppe, der z. B. Trainings zu sozialen Fähigkeiten (Umgang mit Verlusten alter und Aufbau neuer Beziehungen, Vermeidung von Einsamkeitsgefühlen, etc.), Unterstützung bei der Gründung von oder Vermittlung an Selbsthilfegruppen angeboten werden (Gottlieb 1983, 1985b, 1987, Israel 1985).

Unter dem Netzwerkaspekt interessanter sind indirekte Strategien, die versuchen, zumeist im Rahmen der Durchführung von Aufklärungs-, Schulungs-, und Behandlungsprogrammen mit der Zielsetzung einer erhöhten Akzeptanz dieser Programme, Personen zu identifizieren, die als 'natural helpers' in vielerlei Weise in Austauschbeziehungen mit den Personen, für die eine Maßnahme eigentlich "gemacht" ist, involviert sind (Gottlieb 1981, 1983, Israel 1985, Keupp et al. 1986, Mitchell et al. 1982, Pilisuk & Parks 1984).¹⁰ Sind diese Personen einmal erkannt, was auf erhebliche und mannigfaltige Schwierigkeiten stoßen kann, wird mit ihnen praktisch eine egozentrierte Netzwerkanalyse durchgeführt, wodurch Risikopersonen sowie die Art und das Ausmaß der Beziehungen zu ihnen erhoben werden können. Daraufhin kann überlegt werden, welche Merkmale eines Netzwerkes sinnvollerweise verändert werden. Israel (1985) nannte hier bspw. Umfang, Dichte und Zusammensetzung des Netzwerkes (Anteil starker und schwacher Beziehungen), die Arten geleisteter Unterstützung sowie die Reziprozität der Leistungen.¹¹

Netzwerkinterventionen setzen natürlich immer die grundsätzliche Mitwirkungsbereitschaft der Personen resp. Zielgruppen voraus, so daß ein Hauptproblem stets die Frage der Motivierbarkeit und die Vermittlung einer Nutzenerwartung bleiben wird. Da viele Programme von Professionellen initiiert worden sind, müssen die Betroffenenperspektive und die damit verbundenen Partizipationsmöglichkeiten bei der Gestaltung der Angebote ausreichend Berücksichtigung finden, womit Professionelle sich nach dem Anlaufen eines Programmes auf Katalysator- oder Koordinierungsfunktionen beschränken sollten (Kardoff & Stark 1987, Rappaport et al. 1984).

¹⁰ Die Grundannahme ist hier somit, daß soziale Netzwerke als Träger von Werten und Normen 'Kanäle' potentieller Beeinflussbarkeit darstellen. Mit der dem Netzwerkkonzept inhärenten Verflechtung der verschiedenen sozialen Kreise (Simmel 1908) und damit der Möglichkeit, vorgegebene soziale Grenzlinien wie Gruppen oder Familien zu überwinden, eröffnen sich über diese "Schlüsselpersonen" somit Zugangschancen zu sonst häufig abgeschotteten Netzwerken. Diesen Personen wurde als 'opinion leader' bereits in den klassischen amerikanischen Wahlstudien große Aufmerksamkeit hinsichtlich ihres Einflußpotentials auf fokale Personen zuteil (Lazarsfeld et al. 1948, vergl. auch Schenk 1995). Als Beispiel sei hier eine Studie von Leutz (1976) in East Harlem genannt, in der sich ein steiler Anstieg von Vermittlungen an Beratungsstellen bei Drogen- und Alkoholmißbrauch fand, wenn informelle Berater als ein Bindeglied zwischen Betroffenen und den formellen Beratungsstellen involviert werden konnten.

¹¹ So sollen bspw. mit dem Übertragen von einfachen, gleichwohl spezifischen Unterstützungsfunktionen an Schlüsselpersonen die Dichte und Kontakthäufigkeit der Netzwerke der Zielpersonen beeinflusst werden. Dabei hofft man, daß diese Funktionen eine initiierende Wirkung entfalten und die (Ziel)Netzwerkmmitglieder motiviert werden, letztlich selbständig untereinander entsprechende Kontakte zu unterhalten resp. aufzubauen und somit eigenständig den Umfang ihrer Netzwerke vergrößern.

Darüber hinaus sind auch Risiken von Interventionen zu nennen, wie etwa die potentielle Unterminierung basaler natürlicher Unterstützungsnetzwerke (indem z. B. schneller an das professionelle System delegiert wurde, was mitunter auf ein Abziehen von Kompetenz im Laiensystem hinauslief - Israel 1985) oder, bei den indirekten Interventionen, eine im Laufe der Zeit zunehmende Gefahr der "Paraprofessionalisierung" der Schlüsselpersonen.

Auch im psychotherapeutischen Bereich liegt es nahe, wenn Klienten bei Kontroll- und Veränderungsmöglichkeiten ihres Verhaltens an Grenzen stoßen, den Blick auf die aktuelle oder potentielle Verfügbarkeit von sozialen Ressourcen zu lenken (Pattison 1973). Dies wird in der Familientherapie und, noch extensiver, in der Netzwerktherapie getan. Bei der Netzwerktherapie¹² handelt es sich um Zusammenkünfte eines Interventionsteams mit einem Klienten und dessen mehr oder weniger vollständigem Netzwerk, so daß im Extremfall bis zu hundert Personen involviert sein können. Im Verlauf der Sitzungen werden verschiedene Phasen des "networkings" durchlaufen, in denen im sozialen Netzwerk zur Umsetzung eines vorab definierten Ziels umfangreiche Ressourcen mobilisiert werden. Ziele können bspw. die Förderung bestimmter unterstützender Verhaltensweisen im Umfeld des Klienten als auch "Entmischungen" oder Trennungen von Netzwerksegmenten oder Personen sein, denen ein nicht förderlicher Einfluß auf den Klienten zugeschrieben wird. Hierbei werden auch netzwerkanalytische Aspekte berücksichtigt. So identifizierte bspw. Broderick (1988) zwei für den Therapieerfolg wichtige Dimensionen von Netzwerken: Während die Pole 'kohäsiv' und 'unverbunden' eine strukturelle Dimension abbilden, wird die andere Dimension von den beiden funktionalen Polen 'Flexibilität' und 'Starrheit' gebildet. Mit der Anordnung dieser beiden Dimensionen in einer Vierfeldertafel ergeben sich effektive, dem jeweiligen Netzwerktyp gut angepaßte Interventionsmuster.

¹²

Ähnlich wie die Familientherapie sich aus dem Gedanken entwickelte, daß individuelle Probleme Referenzen im familialen System aufweisen resp. durch dieses (mit)bedingt sind, kann für familiäre oder andere interpersonelle Problemkonstellationen angenommen werden, daß die Einbettung in das weitere soziale Netzwerk eine Rolle spielt (Hammer 1983). So geht die Netzwerktherapie auf die Bedeutung der Gruppe bei der Identitätsentwicklung und damit in erster Linie auf die Arbeiten von Jacob Moreno (Psychodrama und Soziodrama - Moreno 1996). Sie ist danach in verschiedenen Zweigen der Psychotherapie wie der Familien-, der Sozio- oder der systemischen Therapie weiterentwickelt worden (z. B. Speck & Attneave 1973), wobei verschiedene Techniken zur Behandlung eines breiten Spektrums psychopathogischer Störungen Anwendung fanden (z. B. Galanter 1993, Kliman & Trimble 1983, Rueveni 1984, Wasylenki et al. 1992).

4 Vernetzung im Gesundheitswesen

Abschließend soll noch ein weiterer Aspekt der Relevanz sozialer Netzwerke im Gesundheitswesen gestreift werden, der der Vernetzung. Im Gegensatz zu einem Netz (z. B. der sozialen Sicherung als Gesamtheit der helfenden Institutionen und Organisationen im Sozial- und Gesundheitswesen), das lediglich eine Struktur darstellt (auch wenn dies Inhalte suggeriert, z. B., daß man irgendwie aufgefangen wird), sind Netzwerke in diesem Zusammenhang Verbindungsbahnen handelnder, individueller und korporativer Akteure und damit auch Träger sozialer Aktion (Badura 1983).

Der Vernetzungsbegriff impliziert ein Subjekt (Wer vernetzt?), ein Objekt (Was wird vernetzt?) sowie ein Prädikat, das die Modalitäten von Vernetzung beschreibt (Wie resp. wodurch erfolgt Vernetzung?). Im folgenden werden beispielhaft einige Vernetzungsformen skizziert, und zwar

- bei der Förderung der Selbsthilfe und Selbstorganisation gegenseitiger Hilfe und
- im professionellen und informellen Gesundheitssystem zur Optimierung der gesundheitlichen Versorgung.

Während die Vernetzung im ersten Fall eher ein (gewünschtes) Nebenprodukt ist, ist sie im zweiten ausdrückliches Ziel.

4.1 Förderung der Selbsthilfe und Selbstorganisation gegenseitiger Hilfen

Vernetzungen betreffen hier Nachfrager nach Hilfen bei konkreten Problemen der Alltagsbewältigung, chronischen Erkrankungen wie auch nach Initiativen der Schaffung von neuen Qualitäten des sozialen Zusammenlebens, wobei die Übergänge oft fließend sind. Initiatoren sind entweder die Interessenten selbst oder kommunale oder professionelle Einrichtungen.

Vorwiegend als Reaktion auf bestehende Defizite im professionellen Gesundheitssystem¹³ erfolgt in der BRD seit den 70er Jahren eine exponentielle Entwicklung von Selbst- und Laienhilfegruppen mit Schwerpunkt in der psychosozialen Unterstützung (Breitkopf et al. 1980, Deneke & Trojan 1985, FLPG 1987, Kickbusch & Trojan 1981,

¹³ Die mit der Verschiebung des Krankheitsspektrums in modernen Industrieländern zu chronisch-degenerativen und chronisch-funktionellen Erkrankungen einhergehende Veränderung der Anforderungen an das Gesundheitssystem System unterstützender Hilfen hinsichtlich brachte im wesentlichen eine Kritik an der unzureichenden Ausrichtung des Gesundheitsversorgungssystems hinsichtlich des Lebens mit einer chronischen Krankheit oder Behinderung, der Berücksichtigung der psychosozialen Dimension, der Prävention resp. Gesundheitsförderung und der Bewältigung des Alltags (Badura & von Ferber 1981, von Ferber 1988, FLPG 1987).

Moeller 1978, 1981, Vilmar & Runge 1986). Unterscheiden lassen sich hier Psychiatriegruppen, Gruppen chronisch Kranker, Angehörige chronisch Kranker, Behindertengruppen und Angehörigengruppen Behinderter, die in verschiedenen Handlungsfeldern tätig sind und für deren jeweiligen Verbreitungsgrad auch Schätzungen vorliegen (Braun 1991).¹⁴

Des weiteren gibt es zahlreiche Ansätze der Vernetzung spezifischer Interessengruppen mit gesundheitsfördernder Zielsetzung. Als Beispiele seien hier zwei Modellversuche zur Einrichtung

- von Familien- und Nachbarschaftszentren für Familien und Alleinerziehende (BMJFFG - Hebenstreit-Müller & Runge 1989),
- von Seniorenbüros zur Aktivierung von Senioren in der ehrenamtlichen Hilfe (BMFuS - Klages 1994) genannt.

Ferner gibt es eine Fülle von lokalen Zusammenschlüssen wie etwa

- das "Kölner Gesundheitsforum" als eine Kooperationsplattform des Gesundheitsamtes mit professionell und ehrenamtlich in der psychosozialen Versorgung Tätigen und Selbsthilfegruppenangehörigen. Aktivitäten verschiedener Arbeitskreise dieses Forums sind bspw. die Organisation der jährlichen Selbsthilfegruppen-"Messe", Foren zur Verbesserung der Versorgung bei chronisch und psychisch Kranken, Maßnahmen zur Verbesserung der Kooperation der Anbieter von Kursen zur Gesundheitsförderung, Festsetzung von Qualitätssicherungskriterien für diese Kurse, etc.;

oder, im Zuge der Ausweitung einer alternativen Gesundheitsbewegung,

- Gesundheitsläden und psychosoziale Beratungsstellen;
- selbstinitiierte und z. T. im Rahmen von Modellversuchen oder in Kooperation mit den Kommunen geplante und durchgeführte gemeinschaftliche Wohn- und Städtebauprojekte mit mehr oder weniger ausformulierten gesundheitsfördernden Zielsetzungen (z. B. ExWoSt-Informationen 1993, Brech 1990).

4.2 Vernetzungen zur Optimierung der gesundheitlichen Versorgung

Wenn Gesundheitssicherung und Krankheitsbewältigung als Ergebnis gemeinsamer Aktivitäten des professionellen als auch des IHD-Systems begriffen werden muß (Badura

¹⁴ Die Selbsthilfeforschung hat gezeigt, daß Teilnehmer an Angeboten von Gesundheitsselbsthilfegruppen (GSHGs) vielfältige Unterstützungsformen erhalten, was sich positiv auf die Krankheitsbewältigung, den Medikamentenverbrauch, die Informiertheit über Krankheiten und Behandlungsmöglichkeiten, eine effektivere Inanspruchnahme formeller wie auch informeller Hilfen sowie auf die persönliche Entwicklung auswirkt (Röhrle 1994, Trojan et al. 1987 - zu vereinzelt negativen Auswirkungen siehe Schafft 1987).

1981), wird hinsichtlich einer bedarfs- und problemangemessenen Nutzung eine Vernetzung resp. Verknüpfung der Angebote und Dienste unverzichtbar.

- Vernetzung des professionellen mit Angeboten des IDH-Systems:

Als Reaktion auf die Erkenntnis, daß das Beziehungsmuster zwischen Selbsthilfegruppen und Professionellen verbessert werden muß¹⁵, sind im Rahmen von Modellprogrammen in mehreren Städten (z. B. in Frankfurt, Köln und Regensburg) Koordinationsstellen für Ärzte und Selbsthilfegruppen mit den Zielsetzungen Patientenaufklärung, Beratung und organisatorische Unterstützung der Gruppen sowie Öffentlichkeitsarbeit gegründet worden (Röhrig et al. 1990).

- Vernetzungen innerhalb des professionellen Systems:

Die häufig konstatierte mangelhafte Vernetzung¹⁶ im professionellen Sektor scheint vorwiegend im Fehlen geeigneter Koordinateure zu bestehen. So gibt es angesichts des Prinzips der freien Arztwahl im professionellen Gesundheitssystem der BRD realiter keine Steuerungsinstanzen resp. Verteilungsfiler (z. B. Primärärzte als Koordinatoren des Krankheitsgeschehens), so daß oft nur informelle Austauschmöglichkeiten (z. B. Ärzte-Stammtische) bestehen oder Vernetzung allenfalls als Begleiterscheinung im Rahmen anderer Aktivitäten (z. B. der Ärztekammern, der Gesundheitsämter, Gesundheitsberichterstattung, die aber übergreifend in der BRD noch im Aufbau begriffen ist) erfolgt.

¹⁵ Viele Ärzte haben eine immer noch zurückhaltene, mitunter sogar abwehrende Haltung gegenüber Selbsthilfegruppen. Am aufgeschlossensten sind hingegen Ärzte mit einem hohen Anteil chronisch Kranker in ihren Praxen, denen sie nur begrenzt helfen können: Sie sehen in GSHGs eine willkommene Ergänzung. So gilt bspw. in der Versorgung Rheumakranker die Teilnahme an einer GSHG mittlerweile als eine der drei Säulen der Behandlung (neben medikamentöser Versorgung und Bewegung).

¹⁶ Als paradoxe Folge der Ausdifferenzierung wurden Versorgungslücken, aber auch Phänomene wie therapeutische Ketten mit zum Teil widersprüchlichen Zielsetzungen, Parallel- resp. Mehrfachversorgung konstatiert, häufig bedingt durch eine "professionelle Nicht-Kooperation", insbesondere zwischen dem medizinischen und psychotherapeutischen Sektor (Schweitzer 1989), mangelnder Kenntnis voneinander sowie fehlenden Absprachen, Zuständigkeits- und Kooperationsregeln. So spielt häufig der Zufall eine nicht unwesentliche Rolle, ob Patienten an einen für sie adäquaten Arzt kommen, was in besonderem Maße chronisch kranke, häufig multimorbide Menschen, die längerfristig und kontinuierlich medizinische Hilfe benötigen, betrifft (Wohlfahrt & Zühlke 1993, Zink & Dutiné 1992). Abgesehen von einer älteren Studie von Colemann et al. (1966), in der bei den Ärzten, die untereinander Austausch pflegten, eine schnellere Verbreitung eines neuen Medikaments (zum Wohle ihrer Patienten?) nachgewiesen wurde, sind mir Untersuchungen hierzu jedoch nicht bekannt.

Einzelne Teilbereiche des Gesundheitswesens arbeiten zudem systembedingt (?) autonom. Als Beispiel sei hier die fehlende Verschränkung zwischen Klinik/ Forschung auf der einen und den praktizierenden Ärzten auf der anderen Seite genannt.

Andererseits gibt es zahlreiche Beispiele, in denen Vernetzungen in einem limitierten Bereich bereits funktionieren. Hier können bspw. Helferkonferenzen zwischen verschiedenen, qua institutionellem Auftrag beteiligten Professionellen (z. B. Ärzte, Therapeuten, Sozialarbeiter, etc.) zur Koordinierung von therapiefördernden Aktivitäten genannt werden. Der Netzwerkcharakter besteht hier in der anlaßbezogenen, spontanen Zusammenkunft jeweils wechselnder, aktuell involvierter Personen, wobei die Helferkonferenz ihrerseits natürlich zur festen Einrichtung werden kann. (Die gelegentlich erfolgende Hinzuziehung auch informeller Helfer (betroffene Angehörigen) ließe eine Einordnung der Helferkonferenzen natürlich auch im vorigen Abschnitt zu).

Vernetzungen innerhalb des IHDS:

Nach Schätzungen von Wolfgang Stark vom Selbsthilfezentrum München (Süddeutsche Zeitung v. 24./25.5.1997, Seite V1/1) haben sich gegenwärtig knapp 50 Tsd. Menschen in Selbst- und Laienhilfegruppen zu allen Problembereichen und in verschiedenen Organisationsformen zusammengeschlossen. Über 50 nationale Organisationen bzw. Verbände vertreten zudem die Interessen der Betroffenen nach außen. Allein den Verbänden der freien Wohlfahrtspflege ließen sich 1989 ca. 6500 gesundheitsbezogene Gruppen zurechnen (Beske et al. 1993).

Dies hat zur Folge, daß auch im IHDS vielfältige parallele und ohne Kenntnis voneinander stattfindende Aktivitäten zu finden sind, z. T. strukturell bedingt durch eine finanzielle Konkurrenzsituation um die "Töpfe". Eine geschätzte Inanspruchnahmequote von Selbsthilfegruppen von 2-5% verweist zudem neben sicherlich bestehenden Akzeptanz- auch auf offensichtlich erhebliche Zugangsbarrieren (während das Selbsthilfe-Potential insgesamt auf 35% geschätzt wird - Breitkopf et al. 1980, Deneke & Trojan 1985, von Ferber 1988, FLPG 1987, Grunow et al. 1983).¹⁷

Eine relativ junge Erscheinung unter den Vernetzungsakteuren sind lokale Kontakt-, Informations- oder Koordinierungsstellen, deren positive Auswirkungen auf die Förderung

¹⁷

Allerdings gibt es keine "Indikation" für Selbsthilfe, womit Betroffene hinsichtlich einer Teilnahmeentscheidung letztlich auf sich allein angewiesen sind, so daß GSHGs anscheinend nur für einen begrenzten Anteil der Bevölkerung in Frage kommen. Auch Ergebnisse der Selbsthilfe-Forschung weisen darauf hin, daß Personen, die sich GSHGs anschließen, zu einem kleinen, sehr aktiven Teil der Bevölkerung mit einer 'Außenorientierung' gehören (Grunow et al. 1983). Entsprechend erscheint einigen Autoren ein bestimmter Stand der persönlichen Entwicklung resp. das Vorhandensein einer kommunikativen Grundkompetenz notwendig (z. B. Trojan 1986).

und Verbreitung des Selbsthilfegedankens zum Teil auch empirisch nachgewiesen konnte (Braun & Opielka 1992). Diese haben die Aufgabenbereiche 'Öffentlichkeitsarbeit und Informationssammlung über soziale Selbsthilfe', 'Information und Kontaktvermittlung für Interessenten an Selbsthilfegruppen', 'Beratung und Unterstützung von Helfer- und Selbsthilfegruppen', 'Initiierung von Erfahrungsaustausch und Weiterbildungsangeboten für soziale Selbsthilfe' sowie 'Verbesserung der Kooperation und der Beziehungen zwischen professionellen und Selbsthilfegruppen'.

5 Ausblick

Es wurde versucht, einige Aspekte sozialer Netzwerke hinsichtlich ihrer Relevanz im Gesundheitswesen anzuschneiden, wobei sich folgendes Resümee ziehen läßt:

Für die Erforschung verschiedener Aspekte von Gesundheit und Krankheit scheinen die Vorteile des sozialen Netzwerkkonzeptes im wesentlichen in einer Verwendung als Perspektive oder Methode zu liegen. Von darüber hinaus gehenden Inhalten sollte der Begriff befreit werden.

Mit zunehmender Komplexität des Gesundheitswesens steigt die Gefahr suboptimaler Lösungen bei der Hilfesuche, so daß hier informelle Netzwerke als Vermittlungs- und Beratungsinstanzen immer wichtiger werden.

Hinsichtlich der gesundheitsfördernden Wirkung sozialer Netzwerke als Träger sozialer Aktion in der Gemeinde müssen Initiativen und Gruppen des IDHS im Gesundheitsbereich als Produzenten von Gesundheit erheblich stärker akzeptiert werden, damit sich das ihnen inhärente Potential des "Networking" voll entfalten kann (Trojan et al. 1987, Slesina 1991). Der hiermit untrennbar verbundene finanzielle Förderungsbedarf wird jedoch zunehmend beschnitten, jüngst bspw. durch die Reformulierung des § 20 SGB V, so daß nahezu ausschließlich nur noch Selbsthilfegruppen im rehabilitativen Bereich von den Krankenkassen gefördert werden können.¹⁸ Auch eine sozialrechtliche Verankerung der Gesundheits- und Netzwerkförderung steht bisher noch aus.

Hinsichtlich einer Vernetzung im Gesundheitswesen könnte der Netzwerkansatz Chancen bieten, querab aller bestehenden "Segmente" der Gesundheitsversorgung das Vernetzungspotential empirisch zu ermitteln und zu fördern. Als programmatische Qualität

¹⁸ In Kürze soll hierzu allerdings eine Empfehlung der Spitzenverbände der Krankenkassen unter Einbeziehung der KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) hinsichtlich des Umfangs der Krankheiten resp. Krankheitsbilder, die gefördert werden sollen sowie hinsichtlich der Art der Förderung vorgelegt werden. Selbsthilfegruppen, sofern sie auf Bundesebene organisiert sind, können im Vorfeld ihre Vorschläge bei den Verbänden einreichen.

einer Vernetzung könnten, unter dem Aspekt der Versorgungsoptimierung, folgende Kriterien genannt werden:

- Informationsaustausch und Wissenstransfer unter Praktikern und zwischen Praktikern und Betroffenen,
- Transparenz von Entscheidungen, Zuständigkeiten und Kompetenzen,
- gegenseitige Abstimmung von Handlungen,
- Reziprozität resp. wechselseitiger Nutzen der Verbindungslinien,
- Erkennen eines gemeinsamen Nutzens, der das Verfolgen eines übergeordneten globalen (z. B. "Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000") oder konkreten (Gesundheit einzelner Patienten) Ziels erlaubt.

Literatur:

Angermeyer, M. C.; Klusmann, D. (Hrsg.), 1989: Soziales Netzwerk: Ein neues Konzept für die Psychiatrie, Berlin: Springer.

Antonucci, T. C.; Knipscheer, C. P. M., 1990: Social network research: Review and perspectives, in: Knipscheer, C. P. M.; Antonucci, T. C. (Hrsg.): Social network research: Substantive issues and methodological questions. Amsterdam.

Badura, B., 1981: Sozialpolitik und Selbsthilfe aus traditioneller und aus sozialepidemiologischer Sicht, in: Badura, B.; Ferber, Chr. v. (Hrsg.): Selbsthilfe und Selbstorganisation im Gesundheitswesen. München.

Badura, B., 1983: Sozialepidemiologie in Theorie und Praxis, in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), Europäische Monographien zur Forschung in Gesundheitserziehung (Bd. 5), S. 29-48.

Badura, B.; Ferber, Chr. von (Hrsg.), 1981: Selbsthilfe und Selbstorganisation im Gesundheitswesen, München.

Barnes, J. A., 1972: Social networks. Module in Anthropology, Vol. 26, S. 1-29.

Barrera, M.; Baca, L. M., 1990: Recipient reactions to social support. Contributions of enacted support, conflicted support and network orientation. Special issue: Predicting, activating, and facilitating social support. Journal of Social and Personal Relationships, 7, S. 541-551.

Bauer, R., 1990: Zwischen Skylla und Charybdis: Das Intermediäre Hilfe- und Dienstleistungssystem. Schweizerische Zeitschrift für Soziologie, 2, S. 153-172.

Baumann, U.; Laireiter, A.; Pfingstmann, G.; Schwarzenbacher, K., 1987: Deutschsprachige Untersuchungsverfahren zum sozialen Netzwerk und zur sozialoen Unterstützung. Zeitschrift für klinische Psychologie, 16, S. 407-413.

Behrendt, J.-U., 1981: Selbsthilfegruppen vor der Vereinnahmung? Zur Verflechtung von Selbsthilfezusammenschlüssen mit staatlichen und professionellen Sozialsystemen,

- in Badura, Bernhard; Ferber, Chr. von (Hrsg.): Selbsthilfe und Selbstorganisation im Gesundheitswesen, München, S. 91-124.
- Belle, D., 1982: The stress of caring: Women as providers of social support, in: Goldberg, L.; Breznitz, S. (Hrsg.): Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects, New York, S. 496-505.
- Berkman, L. F.; Syme, S. L., 1979: Social Networks, Host Resistance and Mortality: A Nine Year Follow-Up Study of Alameda County Residents. *American J. of Epidemiology*, Vol. 109, No. 2, S. 186-204.
- Beske, F.; Brecht, J. G.; Reinkemeier, A.-M., 1993: Das Gesundheitswesen in Deutschland. Struktur - Leistungen - Weiterentwicklung. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln.
- BMJFG, 1980: Anzahl und Situation zuhause lebender Pflegebedürftiger, Stuttgart.
- Booth, A.; Babchuk, N., 1972: Seeking health care from new resources, *JHSB* Vol. 13, S. 90-99.
- Braun, J., 1991: Empfehlungen zur Selbsthilfeförderung in Städten, Kreisen und Gemeinden. Gutachterliche Stellungnahme. ISAB-Schriftenreihe Nr. 12. Köln.
- Braun, J.; Opielka, M., 1992: Selbsthilfeförderung durch Selbsthilfekontaktstellen. Schriftenreihe des BMFuS, Bd. 14, Stuttgart u. a. Kohlhammer.
- Brech, J. (Hrsg.), Neue Wohnformen in Europa - Berichte des 4. Internationalen Wohnbund-Kongresses, Bd. 1 und 2, VWP Verlag für wissenschaftliche Publikationen. Darmstadt.
- Breitkopf, H.; Grunow, D.; Grunow-Lutter, V.; Paulus, W., 1980: Selbsthilfe im Gesundheitswesen: Einstellungen, Verhalten und strukturelle Rahmenbedingungen. Schriftenreihe der Forschungsgruppe "Sozialplanung und Sozialverwaltung e. V.", Bd. 10, Bielefeld.
- Broderick, C. B., 1988: Healing Members and relationships in the intimate network, in: Milardo, Robert M. (Hrsg.): Families and social networks, Newbury Park, Beverly Hills u. a., S. 221-234.
- Brody, E. M., 1985: Parent Care as a Normative Family Stress. *The Gerontologist*, 25, S. 19-29.
- Brown, B. B., 1978: Social and psychological correlates of help-seeking behavior among urban adults. *American J. of Community Psychology*, Vol. 6, No. 5, S. 425- 439.
- Burt, R. S., 1984: Network items and the General Social Survey. *Social Networks*, 6, S. 293-339.
- Coleman, J.; Katz, E.; Menzel, H., 1966: Medical innovation, Indianapolis.
- Collins A. H.; Pancoast, D. L., 1976: Natural helping networks. A strategy for intervention. New York, National Ass. of Social Workers.
- Collins, A. H.; Pancoast, D. L., 1981: Das soziale Netz der Nachbarschaft als Partner professioneller Hilfe, Freiburg Lambertus.

- Cutrona, C. E.; Russell, D. W., 1990: Types of social support and specific stress: toward a theory of optimal matching, in: Sarason, G.; Sarason, B. R., Pierce, G. R. (Hrsg.): Social support: An interactional view. New York, S. 319-366.
- Deneke, C.; Trojan, A., 1985: Beteiligung an Selbsthilfegruppen, in: Asam, W. H.; Heck, M. (Hrsg.), Subsidiarität und Selbsthilfe, München.
- Diewald, M., 1986: Sozialkontakte und Hilfeleistungen in informellen Netzwerken, in: Glatzer, W.; Berger-Schmitt, R. (Hrsg.): Haushaltsproduktion und Netzwerkhilfe, Frankfurt/ Main, S. 51-84.
- Eckenrode, J., 1983: The mobilization of social supports: Some individual constraints. American J. of Community Psychology, 5, S. 509-528.
- ExWoSt-Informationen zum Forschungsfeld "Ältere Menschen und ihr Wohnquartier" Nr. 11, 1993 - April.
- Ferber, Chr. v., 1988: Laienpotential, Gesundheitsselbsthilfe und Patientenaktivierung - Versuch einer Systematisierung, in: Ders. (Hrsg.): Gesundheitsselbsthilfe. Stand der Forschung - Perspektiven der Forschungsförderung - Sozialpolitische Implikationen, Gesellschaft für Strahlen- und Umweltforschung (GSF), München.
- Fischer, C. S., 1982: To dwell among friends. Personal Networks in Town and City, Chicago, London.
- Forschungsverbund Laienpotential, Patientenaktivierung und Gesundheitsselbsthilfe (FLPG), 1987: Gesundheitsselbsthilfe und professionelle Dienstleistungen, Berlin.
- Franz, H.-J., 1987: Selbsthilfe zwischen sozialer Bewegung und spezifischer Organisationsform, in Kaufmann, Franz-Xaver (Hrsg.), Staat, Intermediäre Instanzen und Selbsthilfe - Bedingungsanalysen sozialpolitischer Intervention, München Oldenbourg.
- Freidson, E., 1960: Client control and medical practice, American J. of Sociology, 65, S. 374-82.
- Freidson, E., 1975: Dominanz der Experten. Zur sozialen Struktur medizinischer Versorgung. München, Berlin, Wien.
- Freidson, E., 1979: Der Ärztestand: Berufs- und Wissenschaftssoziologische Durchleuchtung einer Profession. Stuttgart.
- Froland, C.; Pancoast, D. L.; Chapman, N. J.; Kimboko, P. J., 1982: Linking formal and informal support systems, in: Gottlieb, B. H., Social networks and social support, Beverly Hills. London, S. 259-277.
- Funch, D. P.; Marshall, J., 1983: The role of stress, social support and anger in survival from breast cancer. Journal of Psychosomatic Research, 27 (1), S. 77-83.
- Galanter, M., 1993: Network therapy for addiction: A Model for the office practice. American Journal of Psychiatry, 150, 1, S. 28-36.
- Gerhardt, U.; Friedrich, H., 1982: Familie und chronische Krankheit - Versuch einer soziologischen Standortbestimmung, in: Angermeyer, M. C.; Freyberger, H. (Hrsg.): Chronisch kranke Erwachsene in der Familie, Stuttgart, S. 1-25.

- Gottlieb, B. H., 1976: Lay influences on the utilization and provision of health services: A review. *Canadian Psychological Review*, 17 (2), S. 126-136.
- Gottlieb, B. H., 1981: Preventive interventions involving social networks and social support, in: Gottlieb, B. H. (Hrsg.): *Social networks and social support*, Beverly Hills. London.
- Gottlieb, B. H., 1983: *Social support strategies*, Beverly Hills: Sage.
- Gottlieb, B. H., 1985a: Social networks and social support: An overview of research, practice and policy implications. *Health Educational Quarterly*, No. 1, Vol. 12, S. 5-22.
- Gottlieb, B. H., 1985b: Combining lay and professional resources to promote human welfare: Prospects and tensions, in: Yoder, J. A. (Hrsg.): *Support networks in a caring community*. Dordrecht, S. 59-78.
- Granovetter, M., 1973: The strength of weak ties. *American Journal of Sociology*, 78, S. 1360-1380.
- Grunow, D.; Breitkopf, H.; Dahme, H.-J.; Engfer, R.; Grunow-Lutter, V.; Paulus, W., 1983: *Gesundheitsselbsthilfe im Alltag. Ergebnisse einer repräsentativen Haushaltsbefragung über gesundheitsbezogene Selbsthilfefahrungen und -potentiale*. Stuttgart.
- Gulick, E. E., 1994: Social support among persons with multiple sclerosis. *Research in Nursing; Health*, 17, S. 195-206.
- Hall, A.; Wellman, B., 1985: Social networks and social support, in: Cohen, S.; Syme, L. S. (Hrsg.): *Social support and health*. Orlando, San Diego u. a., S.23-41.
- Hamburg, B. A.; Killilea, M., 1979: Relation of social support, stress, illness, and the use of health services, in: *Healthy People: Background papers*, Vol. 2, Washington: US Government Printing Office.
- Hammer, M., 1983: 'Core' and 'extended' social networks in relation to health and illness. *Social Science Medicine*, 17, S. 405-411.
- Hebenstreit-Müller, S.; Runge, Brigitte, 1989: *Familien helfen Familien. Dokumentation eines Modellversuches und vergleichbarer Gruppen und Einrichtungen*. Institut Frau und Gesellschaft, Studiengruppe für soziale Selbsthilfe, West-Berlin Termindruck.
- Hegner, F., 1981: Zur Systematisierung nicht-professioneller Sozialsysteme, in: Badura, B.; Ferber, Chr. von (Hrsg.), *Selbsthilfe und Selbstorganisation im Gesundheitswesen*, München Oldenbourg, S. 219-253.
- Heller, K.; Swindle, R. W., 1983: Social networks, perceived social support, and coping with stress, in: Felner, R. D. et al. (Hrsg.): *Preventive psychology. Theory, research and practice in community interventions*. New York, S. 87-103.
- House, J. S.; Umberson, D.; Landis, K. R., 1988: Structures and processes of social support, in: Scott, W. R.; Blake, J. (Hrsg.): *Annual review of sociology*, Vol. 14, Palo Alto, CA: Annual Review Inc., S. 293-318.

- Ibes, K.; Klusmann, D., 1989: Persönliche Netzwerke und soziale Unterstützung bei Patienten mit chronisch psychotischen Erkrankungen, in: Angermeyer, M. C.; Klusmann, D. (Hrsg.): Soziales Netzwerk: Ein neues Konzept für die Psychiatrie. Berlin, S. 207-230.
- Israel, B. A., 1985: Social Networks and Social Support: Implications for natural helper and community Level Interventions. Health Education Quarterly, Vol 12 (1), S: 65-80.
- Jackson, R. M.; Fischer, C. S.; McCallister-Jones, L., 1977: The dimensions of social networks, in: Fischer, C. S. (Hrsg.): Networks and places: Social relations in the urban setting, New York.
- Kadushin, C., 1966: The friends and supporters of psychotherapy on social circles in urban life. American Sociological Review, 31, S. 786-802.
- Kahn, R. L.; Antonucci, T. C., 1980: Convoys over the life-Course: Attachments, roles and social support, in: Baltes, P. B.; Brim, O. (Hrsg.): Life-span development and behavior (Vol. 3), New York.
- Kardorff, E. von; Stark, W., 1987: Zur Verknüpfung professioneller und alltäglicher Hilfenetze, in: Keupp, H.; Röhrle, B. (Hrsg.): Soziale Netzwerke. Frankfurt/ Main, S. 219-244.
- Keul, A. G., 1993: Soziales Netzwerk - System ohne Theorie, in: Laireiter, A. (Hrsg.): Soziales Netzwerk und soziale Unterstützung. Konzepte, Methoden und Befunde. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber, S. 44-54.
- Keupp, H., 1987: Soziale Netzwerke - Eine Methapher des gesellschaftlichen Umbruchs?, in: Keupp, H.; Röhrle, B. (Hrsg.): Soziale Netzwerke. Frankfurt am Main, S. 11-53.
- Keupp, H.; Röhrle, B.; Stark, W.; Stein, M., 1986: Gemeinsam handeln im Alltag: - wie wir mit Krisen und Belastungen im Alltag fertig werden, in: Bundesvereinigung für seelische Gesundheit (Hrsg.), Gemeinsam handeln im Alltag. Köln.
- Klages, H., 1994: Neue Wege der Altenarbeit - das Modellprogramm Seniorenbüro, in BMFuS (Hrsg.), Materialien zum Modellprogramm Seniorenbüro, Bd. 8, Aktives Leben im Alter - Dokumentation der Tagung in Heidelberg zum Europäischen Jahr des Älteren Menschen und der Solidargemeinschaft der Generationen, 1993, Köln.
- Kliman, J.; Trimble, D., 1983: Network therapy, in: Wolman, B.; Stricker, G. (Hrsg.): Handbook of family and marital therapy. New York, S. 337-347.
- Klusmann, D., 1989: Methoden zur Untersuchung sozialer Unterstützung und persönlicher Netzwerke, in: Angermeyer, M. C.; Klusmann, D. (Hrsg.): Soziales Netzwerk: Ein neues Konzept für die Psychiatrie. Berlin, S. 17-63.
- Korte, C., 1984: Help-seeking in a city: Personal and organizational sources of help, in: Nadler, A.; Fisher, J. D.; DePaulo, B. M. (Hrsg.), New directions in helping, Vol. 3, New York, S. 255-271.

- Laireiter, A., 1993: Begriffe und Methoden der Netzwerk- und Unterstützungsforschung, in: Lairaiter, A. (Hrsg.): Soziales Netzwerk und soziale Unterstützung. Konzepte, Methoden und Befunde. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle, S. 15-44.
- Laireiter, A.; Lettner, K., 1993: Belastende Aspekte sozialer Netzwerke und sozialer Unterstützung. Ein Überblick über den Phänomenbereich und die Methodik, in: Laireiter, A. (Hrsg.): Soziales Netzwerk und Soziale Unterstützung: Konzepte, Methoden und Ergebnisse, Bern, Göttingen u. a. S. 101-114.
- Langlie, J. K., 1977: Social networks, health beliefs, and preventive health behavior, *JHSB*, 18, S. 244-260.
- Lazarsfeld, P.F.; Berelson, B.; Gaudet, H., 1948: The people's choice, New York.
- Lazarus, R. S.; Folkman, S., 1984: Stress, appraisal and coping, New York.
- Lee, N. H., 1969: The search for an abortionist, University of Chicago.
- Leimkühler, A.-M., 1987: Zur Verwertung des Netzwerkkonzeptes in der Gesundheitspolitik - Skizze zum "Nutzen" von Soziologie, *SuB Heft 4/ Jg. 10*, S. 289-97.
- Leutz, W. N., 1976: The informal community caregiver: A link between the health care system and local residents. *American J. of Orthopsychiatry*, 46 (4), S. 678-88.
- Levitt, M. J., 1991: Attachment and close relationships: A Life-span perspective, in: Gewirtz, J. L.; Kurtines, W. (Hrsg.): Intersections with attachment, Hillsdale, New Jersey. S. 183-206.
- Litwak, E.; Szelenyi, I., 1969: Primary group structures and their functions: Kin, neighbors and friends. *ASR*, Vol. 34, S. 465-481.
- McFarlane, A. H.; Norman, G. R.; Streiner, D. L.; Roy, R. G., 1984: Characteristics and correlates of effective and ineffective social supports. *J. of Psychosom. Research*, 28, S. 501-510.
- McKinlay, J. B., 1973: Social networks, lay consultation and help-seeking behavior. *Social Forces*, 51, S. 275-292.
- Milardo, R. M. (Hrsg.), 1988: Families and social Networks. Newbury Park, Beverly Hills u. a.
- Mitchell, J. C., 1969: The concept and use of social networks, in: Mitchell, J. C. (Hrsg.): Social networks in urban situations. Manchester.
- Mitchell, R. E.; Billings, A. G.; Moos, R. H., 1982: Social support and well-being: Implications for prevention programs. *Journal of Primary Prevention*, 3, S. 77-98.
- Moeller, M. L., 1978: Selbsthilfegruppen. Selbstbehandlung und Selbsterkenntnis in eigenverantwortlichen Kleingruppen. Reinbek.
- Moeller, M. L., 1981: Anders helfen. Stuttgart.
- Moreno, J. L., 1996: Die Grundlagen der Soziometrie. Wege zur Neuordnung der Gesellschaft. Opladen: Leske; Buderich.
- Pappi, F. U., 1987: Die Netzwerkanalyse aus soziologischer Perspektive, in: Pappi, F. U. (Hrsg.): Methoden der Netzwerkanalyse. München.

- Pattison, E. M., 1973: Social system psychotherapy. *American J. of Psychotherapy*, 18, S. 396-409.
- Pearlin, L. I., 1985: Social structure and processes of social support, in: Cohen, S., Syme, L. (Hrsg.): *Social support and health*, Orlando, San Diego u. a., S. 43-60.
- Pescosolido, B. A., 1992: Beyond rational choice: The social dynamics of how people seek help. *American Journal of Sociology*, Bd. 97, Nr. 4, S. 1096-1122.
- Pfingstmann, G.; Baumann, U., 1987: Untersuchungsverfahren zum sozialen Netzwerk und zur sozialen Unterstützung. *Zeitschrift für differentielle und diagnostische Psychologie* 8, S. 75-98.
- Pilisuk, M., 1982: Delivery of social support. The social inoculation approach. *American Journal of Orthopsychiatry*, 52, S. 273-280.
- Pilisuk, M.; Parks, S. H., 1984: In search of a cure: Social support network and loneliness in America. Buchmanuskript.
- Rappaport, J.; Swift, C.; Hess, R., (Hrsg.), 1984: *Studies in empowerment: Steps toward understanding and action*. New York.
- Röhrig, P.; Ernst, B.; Niederbühl, K.; Raffauf, P.; Schneider, M., 1990: Kooperation von Ärzten und Selbsthilfegruppen zur Effektivitätsverbesserung der ambulanten Versorgung, in *Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der BRD, Wissenschaftliche Reihe*, Bd. 44, Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 99-104.
- Röhrig, P. (Hrsg.), 1991: *Gesundheitsselbsthilfe*, Stuttgart u. a. Fischer.
- Röhrle, B., 1994: *Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung. Psychologische Bedeutungsvarianten und Perspektiven*. Habilitationsschrift an der Fakultät für Sozial- und Verhaltenswissenschaften der Universität Heidelberg.
- Röhrle, B.; Stark, W., 1985: Soziale Stützsysteme und Netzwerke im klinisch-psychologischer Praxis, in: Röhrle, B.; Stark, W. (Hrsg.), *Soziale Netzwerke und Stützsysteme*. Tübingen.
- Röhrle, B.; Sandholz, A.; Schönfeld, B., 1989: Soziale Netzwerke, Unterstützung und Selbsthilfe bei Witwen. *System Familie*, 2, S. 56-58.
- Rogers, E. M.; Kincaid, D. L., 1981: *Communication networks: Toward a new paradigm for reseach*. New York.
- Rueveni, U., 1984: Network intervention for crisis resolution: An introduction. *International Journal of Family Therapy*, 6, S. 44-52.
- Salloway, J. C.; Dillon, P. B., 1973: A comparison of family networks and friend networks in health care utilization. *J. of Comparative Family Studies*, Vol. 4, No. 1, S. 131-142.
- Sanders, G. S., 1982: Social comparison and perceptions of health and illness, in: Derselbe & Suls, J. (Hrsg.): *The Social Psychology of Health and Illness*, Hillsday, New York, S. 129-157.
- Sarason, G.; Sarason, B. R.; Pierce, G. R., (Hrsg.), 1985: *Social support: An interactional view*, New York.

- Schaefer, C.; Coyne, J. C.; Lazarus, R. S., 1981: The health-related functions of social support. *Journal of Behavioral Medicine*, 4, S. 381-406.
- Schafft, S., 1987: Die Bewältigung von Krebserkrankungen, in: Kaufmann, F.-X. (Hrsg.): Staat, Intermediäre Instanzen und Selbsthilfe - Bedingungsanalysen sozialpolitischer Intervention, München: Oldenbourg.
- Schenk, M., 1984: Soziale Netzwerke und Kommunikation. Tübingen.
- Schenk, M., 1995: Soziale Netzwerke und Massenmedien. Tübingen.
- Schwarzer, R., 1994: Psychologie des Gesundheitsverhaltens, Reihe Gesundheitspsychologie, Bd. 1, Göttingen, Toronto, Zürich: Hogrefe.
- Schwarzer, R.; Leppin, A., 1991: Soziale Unterstützung und Wohlbefinden, in: Abele, A.; Becker, P.: Wohlbefinden. Theorie - Empirie - Diagnostik, Weinheim, München: Juventa, S. 175-190.
- Schweitzer, J., 1989: Professionelle Nicht-Kooperation, *Zeitschrift für systemische Therapie*, 9 4, S. 247-254.
- Scott, J., 1991: *Social Network Analysis. A Handbook*. London u. a.
- Simmel, G., 1908: *Soziologie*. Berlin.
- Slesina, W., 1991: Sozial- und gesundheitspolitische Bedeutung von Selbsthilfeförderung, in Röhrig, P. (Hrsg.): *Gesundheitsselfhilfe*. Stuttgart, New York Gustav Fischer.
- Speck, R. V.; Attneave, C. L., 1973: Die Familie im Netz sozialer Beziehungen. Freiburg Lambertus.
- Suchman, E. A., 1965: Stages of illness and medical care. *Journal of Health and Human Behavior*, 6, S. 114-128.
- Tardy, C. H., 1985: Social Support Measurement. *American Journal of Community Psychology*, Vol. 13, No. 2, S. 187-202.
- Tilburg, T. van, 1990: The size of the supportive network in association with the degree of loneliness, in: Knipscheer, K. C.P.M.; Antonucci, T. C. (Hrsg.): *Social network research: Substantive issues and methodological questions*, Amsterdam, S: 137-150.
- Tolsdorf, C., 1976: Social networks, support and coping: An exploratory study, *Fam. Process*, 15, S. 407-417.
- Trojan, A., 1986: Wissen ist Macht. Selbsthilfegruppen als Befreiung aus der Expertokratie. Frankfurt am Main.
- Trojan, A.; Hildebrandt, H.; Faltis, M.; Deneke, C., 1987: Selbsthilfe, Netzwerforschung und Gesundheitsförderung. Grundlagen "gemeindebezogener Netzwerkförderung", in: Keupp, H.; Röhrle, B. (Hrsg.): *Soziale Netzwerke*. Frankfurt/ Main, S. 294-317.
- Uehara, E., 1990: Dual exchange theory, social networks, and informal social support. *AJS*, Vol. 96, 3, S. 521-57.
- Vaux, A., 1988: *Social support. Theory, research and intervention*, New York u. a.
- Veiel, H. O. F.; Baumann, U., 1992: The Many Meanings of Social Support, in: Veiel, H. O. F.; Baumann, U. (Hrsg.): *The meaning and measurement of social support*, New York u. a., S. 1-9.

- Verbrugge, L. M., 1979: Multiplexity in Adult Friendships. *Social Forces*, Vol. 57:4, S. 1286-1308.
- Vilmar, F.; Runge, B., 1986: Auf dem Weg zur Selbsthilfegesellschaft? Essen.
- Völker, B.; Mühler, K.; Flap, H., 1992: Netzwerkanalyse: Mehr als eine Methode. *Kultursoziologie*, 1. Jg., Heft 2, S. 38-50.
- Walker, K. N.; MacBride, A.; Vachon, M. L. S.; 1977: Social support networks and the crisis of bereavement. *Social Science Medicine*, Vol. 11, S. 35-41.
- Wasylenki, D.; James, S.; Clark, Lewis, J.; Goering, P.; Gilles, L., 1992: Clinical issues in social network therapy for clients with schizophrenia. *Community Mental Health Journal*, Vol. 28, No. 5, S. 427-440.
- Wellman, B., 1981: Applying Network Analysis to the Study of Support, in: Gottlieb, B. H. (Hrsg.): *Social networks and social support*, Beverly Hills, London, S. 171-200.
- Wellman, B., 1982: "Studying Personal Networks in East York". Research Paper No. 128, Centre for Urban and Community Studies.
- Wellman, B., 1985: From social support to social network, in: Sarason, J. G.; Sarason, B. R. (Hrsg.): *Social support: Theory, research and applications*. Dordrecht, S. 205-223.
- Wellman, B.; Wortley, S., 1990: Different strokes from different folks: Community ties and social support. *AJS*, 96, S. 558-588.
- Wohlfahrt, N.; Zühlke, W., 1993: Städtische Infrastruktur zur Versorgung chronisch Kranker. *Zeitschrift für Präventivmedizin und Gesundheitsförderung* 5, S. 31-36.
- Zink, A.; Dutiné, G., 1992: Strukturprobleme des Gesundheitswesens am Beispiel der Versorgung von Rheumakranken, in: Häussler, B.; Schliehe, F.; Brennecke, B.; Weber-Falkensammer, H. (Hrsg.): *Sozialmedizinische Ansätze der Evaluation im Gesundheitswesen*, Band 2: Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung und medizinische Rehabilitation, Berlin u. a..

Wolfgang Hass

Forschungsstelle der Europäischen Akademie

für psychosoziale Gesundheit und Kreativitätsförderung (EAG)

Kühlwetterstr. 49

40239 Düsseldorf

Tel. 0211/622344

e-mail: EAG-DUESSELDORF@T-ONLINE.DE

Wolfgang Hass, geb. 06.06.1959, Soziologe (M.A.), Studium an den Universitäten Freiburg, Ulm und Köln. 1988-1991 Wissenschaftlicher Mitarbeiter an den Universitäten Ulm (Medizinsoziologie) und Düsseldorf (Allgemeinmedizin), 1991-1994: Graduiertenkolleg für Sozialwissenschaften der

Wolfgang Hass, geb. 06.06.1959, Soziologe (M.A.), Studium an den Universitäten Freiburg, Ulm und Köln. 1988-1991 Wissenschaftlicher Mitarbeiter an den Universitäten Ulm (Medizinsoziologie) und Düsseldorf (Allgemeinmedizin), 1991-1994: Graduiertenkolleg für Sozialwissenschaften der Universität zu Köln "Vernetzung und Dynamik sozialer Gebilde". Freier Mitarbeiter bei der Gesundheitsberatung Köln e.V.. Seit 1995 Wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Forschungsstelle der EAG. Forschungsschwerpunkte: Evaluation von Psychotherapieverfahren, Gesundheitsförderung, Hilfesuchforschung und soziale Netzwerke chronisch Kranker. Sonstige Tätigkeiten: Organisationsberatung und Coaching.